

Calendario de Asistencia del Centro de Cuidado Infantil



Centro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Preparado por: _____

Fecha de la preparación: _____

Mes/Año: _____

Asistencia por días, del 1 ro del mes al 15to

Nombre del niño		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total	Total
1.	Ingreso																Horas	Días
	Salida																	
	Ingreso																	
	Salida																	
Número total de horas por día																		
Viajes de transporte																		
2.	Ingreso																Horas	Días
	Salida																	
	Ingreso																	
	Salida																	
Número total de horas por día																		
Viajes de transporte																		
3.	Ingreso																Horas	Días
	Salida																	
	Ingreso																	
	Salida																	
Número total de horas por día																		
Viajes de transporte																		
4.	Ingreso																Horas	Días
	Salida																	
	Ingreso																	
	Salida																	
Número total de horas por día																		
Viajes de transporte																		

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____

El número exacto de horas (al cuarto de hora) de cuidado provisto debe ser indicado por cada día que usted brindó cuidado.

Envíe este original a la oficina local, y conserve una copia para sus registros.

Reporte solamente el tiempo en que el niño estuvo en realidad bajo su cuidado.



Calendario de Asistencia del Centro de Cuidado Infantil



Centro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Preparado por: _____

Fecha de la preparación: _____

Mes/Año: _____

Asistencia por días, del 16to del mes al 31ro

Nombre del niño		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total	Total	
																		Horas	Días	
1.	Ingreso																			
	Salida																			
	Ingreso																			
	Salida																			
	Número total de horas por día																			
Viajes de transporte																				
2.	Ingreso																			
	Salida																			
	Ingreso																			
	Salida																			
	Número total de horas por día																			
Viajes de transporte																				
3.	Ingreso																			
	Salida																			
	Ingreso																			
	Salida																			
	Número total de horas por día																			
Viajes de transporte																				
4.	Ingreso																			
	Salida																			
	Ingreso																			
	Salida																			
	Número total de horas por día																			
Viajes de transporte																				

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____

El número exacto de horas (al cuarto de hora) de cuidado provisto debe ser indicado por cada día que usted brindó cuidado.

Envíe este original a la oficina local, y conserve una copia para sus registros.

Reporte solamente el tiempo en que el niño estuvo en realidad bajo su cuidado.

